

# FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- den ausgefüllten *Fragebogen*
- ein aktuelles *Farbfoto* (kann auch gemailt werden an: [sekretariat@aefh.at](mailto:sekretariat@aefh.at))
- etwaige Unterlagen (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

Name: _____	Titel: _____	Alter: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____			
Tel. (priv.): _____		Tel. (Handy/geschäftlich): _____	
Versich.-Nummer: _____		Versicherung: _____	
Wahlarztversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Familienstand: <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet			
Beruf: _____		Email: _____	
Anzahl der Kinder: _____			
An mich empfohlen durch: _____		Hausarzt/Facharzt: _____	

## Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Beschwerde	seit wann?	Ursachen / Auslöser?

## Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Medikament	seit wann?	Nebenwirkungen?

## Welche anderen Therapieformen (außer Schulmedizin) verfolgen Sie zur Zeit?

Therapieform	seit wann?	Ergebnis?

## Welche der folgenden Erkrankungen hatten Sie im Laufe Ihres Lebens? (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Emphysem	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Erkältungen	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Fieberblasen	<input type="checkbox"/> Gallensteine
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/> Genitalausfluss	<input type="checkbox"/> Genitalherpes	<input type="checkbox"/> Genitalwarzen	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Grippe
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Kropf
<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mononukleose	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Sonnenstich	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Tripper	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Würmer	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Alkohol- / Drogen- missbrauch	<input type="checkbox"/> Blasen- entzündungen	<input type="checkbox"/> Gehirnhaut- entzündung	<input type="checkbox"/> Lungenfell- entzündung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöh- lenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schwerer Unfall / Schwere Verletzung

Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Gab es Erkrankungen, nach denen Sie sich lange nicht richtig erholt haben? \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen sind schwerer verlaufen als gewöhnlich? \_\_\_\_\_

Wurden Sie je misshandelt oder missbraucht? \_\_\_\_\_

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren? (wenn ja, wieviel?) \_\_\_\_\_

Hatten Sie je Nebenwirkungen von Impfungen? (wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

